

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1921-1922. — N° 35

LA FORME HAUTE
DE LA
PLEURÉSIE
MÉDIASTINE ANTÉRIEURE
DE L'ENFANT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Décembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre WEILLER

Né, le 8 septembre 1898, à Fribourg (Suisse).



LYON
IMPRIMERIE FORT ET VALETTE

15, RUE VICTORIEN-SARDOU, 15

Décembre 1921

LA FORME HAUTE
DE LA
PLEURÉSIE MÉDIASTINE ANTÉRIEURE
DE L'ENFANT

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. H. HUGOUNENQ DOYEN HONORAIRE.
J. LÉPINE. DOYEN.
ROQUE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	{	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique.		X...
Clinique des maladies des enfants.	{	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.		NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	{	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.		WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.	{	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.		LANNOIS.
Chimie biologique	{	ROCHET.
Chimie organique et Toxicologie.		NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.	{	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		HUGOUNENQ
Anatomie	{	MOREL
Anatomie générale et Histologie.		MOREAU
Physiologie	{	GUIART
Pathologie interne		LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	{	POLICARD
Anatomie pathologique		DOYON
Médecine opératoire	{	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.		MOURIQUAND
Médecine légale	{	PAVIOT
Hygiène		VILLARD
Thérapeutique	{	ARLOING (F.)
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN
		COURMONT (P.)
		PIC
		FLORENCE (A.)

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,
Chimie minérale.	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
JERICHE	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
CADE	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. WEILL, *Président*; M. MOURIQUAND, *Assesseur*;
MM. SAVY, et THEVENOT (Lucien), *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1921-1922. — N° 35

LA FORME HAUTE
DE LA
PLEURÉSIE
MÉDIASTINE ANTÉRIEURE
DE L'ENFANT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

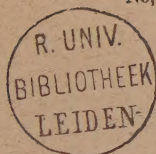
Et soutenue publiquement le 17 Décembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre WEILLER

Né, le 8 septembre 1898, à Fribourg (Suisse).



LYON
IMPRIMERIE FORT ET VALETTE

15, RUE VICTORIEN-SARDOU, 15

Décembre 1921

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. BÉRARD

Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. TIXIER

Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SAVY

Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A mon Maître et Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR EDMOND WEILL

Professeur de Clinique des Maladies des Enfants
à la Faculté de Médecine de Lyon,
Médecin des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BONNET

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. GARDÈRE

Médecin des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. DUFOURT

Chef de Clinique médicale Infantile.

LA FORME HAUTE
DE LA
PLEURÉSIE MÉDIASTINE ANTÉRIEURE
DE L'ENFANT

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Quand on parcourt la littérature médicale ayant trait à la pleurésie, en général, et à ses formes partielles ou enkystées, on pourrait croire que tout a été dit sur ce sujet. Et cependant, nous allons essayer de montrer qu'une nouvelle variété de siège peut se rencontrer dans une forme de pleurésie toute spéciale : la pleurésie médiastine.

Celle-ci n'a été étudiée que depuis quelques années. Certes, on en avait rapporté quelques rares observations (Laënnec, Cruveilhier). Mais ce n'est que vers la fin du xix^e siècle que des cliniciens essayèrent de faire des travaux, des études cliniques sur cette question.

Dans ses célèbres *Cliniques de l'Hôtel-Dieu* (1898-1899), le professeur Dieulafoy a décrit la forme posté-

rière de la pleurésie médiastine. Sa description du syndrome médiastinal est restée classique.

Mais une autre forme avait été déjà étudiée, auparavant par Grancher et son élève, Nicolas Vélimirovitch, dans sa thèse de Paris (1892) : la forme antérieure. Elle est particulièrement intéressante, car elle simule une autre affection : la péricardite. La ressemblance est telle qu'un des auteurs précités dit, dans une des conclusions de son travail : « La confusion entre les deux maladies pendant la vie a été, pour ainsi dire, habituelle¹. »

Le professeur Chauffard étudiait, dix ans plus tard, les pleurésies séreuses médiastines et décrivit la forme dite « en équerre ».

Vanverts et Dancourt, en 1904, ont fait un travail d'ensemble sur la question, en envisageant non seulement la forme séreuse de la pleurésie médiastine antérieure, mais aussi la forme purulente.

D'excellentes revues ou monographies ont été depuis écrites par MM. Detol, Paillard, Duplant, Rebattu.

A signaler tout particulièrement les études très complètes sur les pleurésies médiastines que MM. Devic et Savy ont fait paraître dans la *Revue de Médecine* de 1910.

L'ensemble de ces auteurs reconnaît que la forme antérieure de la pleurésie médiastine présente, au point de vue symptomatologique, de nombreux points communs avec la péricardite.

La similitude entre les deux affections est telle que

¹ In Vélimirovitch.

« pleurésie pseudopéricardique » est devenue synonyme de pleurésie médiastine antérieure. La symptomatologie de cette affection semblait donc parfaitement établie, lorsque MM. E. Weill, Ch. Gardère et A. Dufourt eurent l'occasion d'observer à la Charité deux cas de pleurésie médiastine antérieure présentant un tableau clinique très différent.

Les deux observations que nous allons reproduire ont été publiées dans le *Journal de Médecine de Lyon*. Nous les reprenons *in extenso*, en y ajoutant quelques schémas radioscopiques.

En nous basant sur elles, nous essaierons d'en dégager les points dignes d'intérêt et de décrire ainsi, à côté de la forme « basse » ou pseudopéricardique de la pleurésie médiastine antérieure, la forme « haute », simulant une pneumonie du sommet.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Hérédosyphilis. — Pleurésie médiastine antérieure haute et pleurésie axillaire, à pneumocoques.

Z..., Henri, huit mois.

Antécédents héréditaires. — Père, vingt-neuf ans, atteint de bronchite chronique.

Mère, dix-huit ans, bien portante; nie la spécificité, mais accuse maux de gorge, céphalées, chute des cheveux. Une seule grossesse.

Antécédents personnels. — Né à terme; accouchement normal; poids : 3.300 grammes. Elevé au sein jusqu'à quatre mois, puis au biberon.

Depuis quinze jours, vomissements et diarrhée; peu d'amaigrissement.

L'enfant tousse également; on l'amène à l'hôpital pour cette dernière raison, 22 octobre 1920.

A l'entrée, poids : 7.950 grammes, enfant bien constitué. Coryza séro-purulent assez accentué, nez en lorgnette, grosse rate, foie débordant de deux travers de doigt les fausses côtes, anémie.

Ventre souple. On ne constate dans le service ni diarrhée, ni vomissements.

Le 8 novembre, sous l'influence de suppositoires de néo-

salvarsan (0 gr. 02) administrés pendant huit jours, on ne constate plus d'hypertrophie splénique, ni de coryza.

Le 13 novembre, la mère emmène son enfant pendant trois jours.

Ramené le 16, on constate, deux jours après, de la fièvre et de la toux. Rien à l'auscultation.

La température redescend à 37 degrés le 23, mais remonte à 39 et 40 degrés le surlendemain.

27 novembre. — L'enfant se plaint sans arrêt, paraît souffrir de la tête; pas de raideur de la nuque, ponction lombaire. Examen du liquide céphalo-rachidien : négatif.

L'enfant tousse. Rien à l'auscultation, rien à la radioscopie.

Le 29, malgré une injection de 2 milligrammes de morphine, l'enfant a crié. Température à grandes oscillations (37° à 40°), à maximum le matin. Respiration : 64 à la minute; dyspnée intense, tirage sus-sternal, type respiratoire inverse, expiration poussée. Pouls : 140.

A l'auscultation : quelques ronchus disséminés, mais surtout *obscurité respiratoire sous la clavicule gauche*. A ce même endroit, la percussion fait entendre une *matité* très nette, restant localisée *aux deux premiers espaces*. La sonorité est conservée, en avant à la base et en arrière dans toute la hauteur.

Radioscopie. — Obscurité diffuse du poumon gauche, surtout à la base (fig. 1), ponction exploratrice en arrière : 5 centimètres cubes d'un liquide jaune, séropurulent.

Le 1^{er} décembre, la respiration s'entend en arrière dans toute la hauteur; les vibrations sont nettement perçues aux bases.

Par contre, la matité persiste en avant sous la clavicule gauche.

Rayons X : obscurité légère, pas de Damoiseau. Ponction dans la ligne axillaire postérieure : 100 centimètres cubes de liquide purulent, polynucléose abondante, pas de germes visibles.

La culture donne du pneumocoque.

Le 2 décembre, nouvelle ponction (5 centimètres cubes de liquide purulent), injection dans la plèvre de 10 centimètres cubes de sérum antipneumococcique.

Le 3 décembre, la respiration est diminuée dans toute la hauteur du poumon gauche, mais elle l'est particulièrement sous la clavicule. C'est également sous la clavicule que la percussion donne de la matité. Partout ailleurs la sonorité est conservée.

Pas de souffle.

Injection intrapleurale de 5 centimètres cubes de sérum antipneumococcique.

La toux est rauque, creuse, on pense à de la compression de la bronche.

Dyspnée intense, l'enfant se plaint continuellement.

Le 4 décembre, température : 40 degrés.

Sous la clavicule gauche, on perçoit, pour la première fois, quelques gros râles et des râles plus fins, sous-crépitants.

Même distribution de la matité.

Radioscopie. — Le poumon s'est clarifié dans sa partie juxta-hilaire, mais le bord axillaire et le sommet restent grisâtres (fig. 2).

Même état jusqu'au 7, où commence une lente agonie.

Le 9 décembre, après deux jours d'agonie (pâleur, secousses convulsives des membres supérieurs, etc.) l'enfant meurt à 2 heures du matin.

Radioscopie post-mortem. — Ombre diffuse du poumon gauche (fig. 3).

AUTOPSIE. — Pratiquée le 10 décembre par M. Gardère.

Pus concrété recouvrant la face axillaire du poumon gauche, du sommet à la base. A la face postérieure, un peu de pus à la base, rien dans les deux tiers supérieurs. En avant, le pus passant devant le bord antérieur du poumon vient se collecter dans le médiastin antérieur dont il occupe

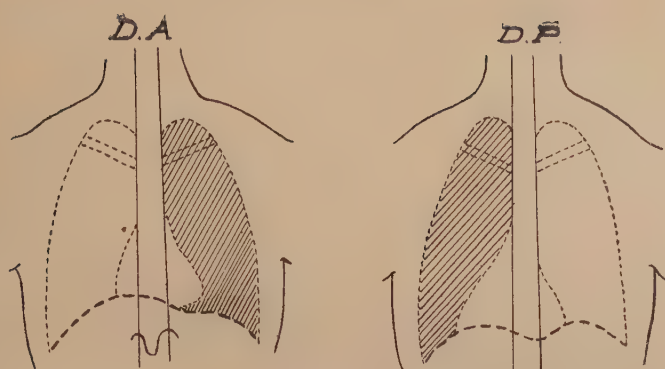


FIG. 1. — Radioscopie du 29 novembre 1920.
Obscurité diffuse du poumon gauche.

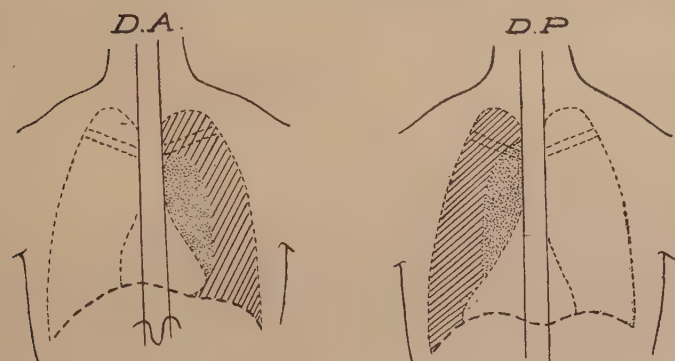


FIG. 2. — Radioscopie du 4 décembre 1920.
La partie juxta-hilaire du poumon gauche s'est clarifiée.

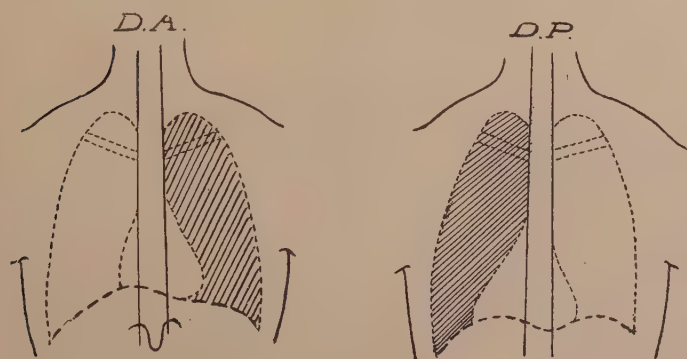


FIG. 3. — Radioscopie du 9 décembre 1920 (*post-mortem*).
Obscurité diffuse du poumon gauche.

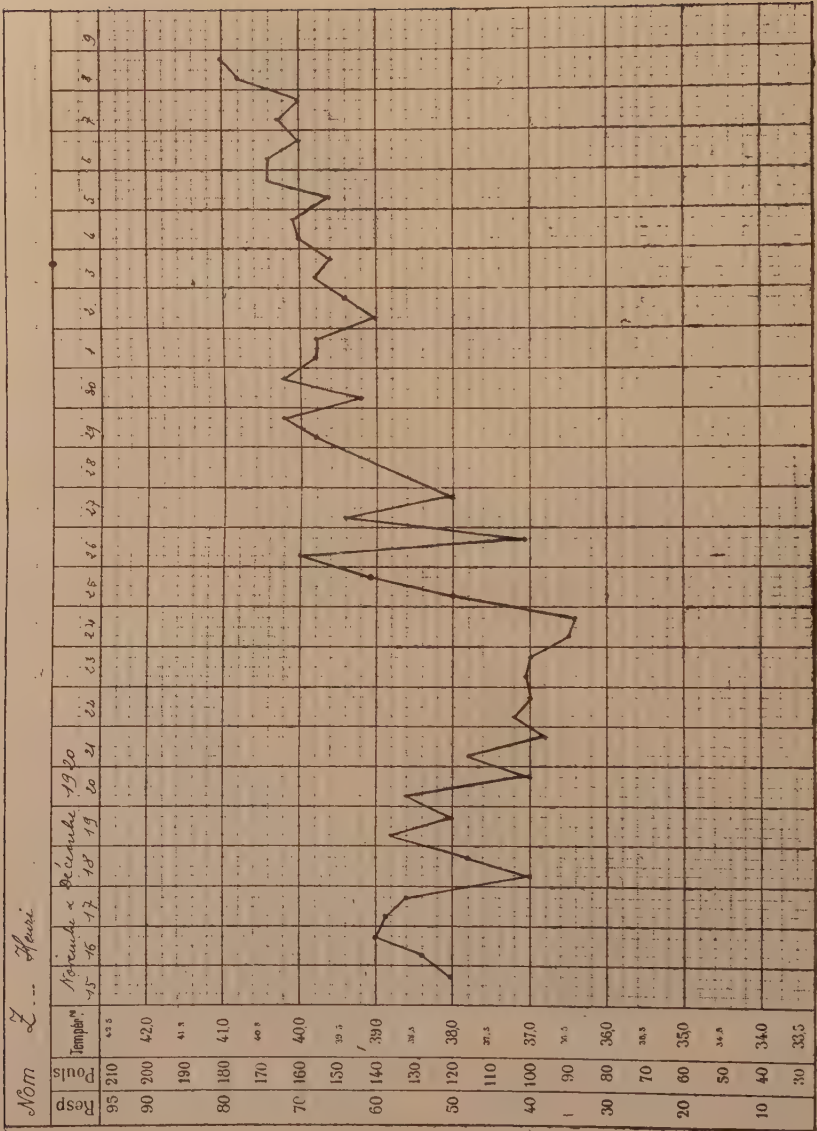


FIG. 4. — Observation I.

toute la hauteur. Il enveloppe la grosse bronche gauche (d'où toux rauque, par suite de la compression) et tapisse la trachée.

Sur une coupe, on voit un épaississement de la plèvre, plus accentué dans la partie supérieure et au sommet, où l'épaisseur atteint 3 à 4 millimètres.

Tout le sommet du poumon gauche est de consistance ferme, de coloration gris jaunâtre. Mais l'examen histologique ne révèle que de l'atélectasie, sans hépatisation.

Poumon droit sain. Rien au cœur. Rien au médiastin postérieur. Pas de tuberculose des ganglions trachéobronchiques. Foie et rate un peu volumineux.

Estomac : léger épaississement de l'anneau pylorique. Thymus atrophie.

A noter que la poche médiastine antérieure renfermait au moins un verre de pus.

OBSERVATION II

Pleuresie médiastine antérieure haute, sérofibrineuse à lymphocytes. — Pleurésie diaphragmatique

P..., Alice, onze mois et demi, née le 12 décembre 1919.
Antécédents héréditaires. — Père, vingt-neuf ans, souffre d'une bronchite chronique depuis deux ans.

Mère, vingt-cinq ans, bonne santé.

Antécédents personnels. — Née à terme, accouchement normal.

Poids à la naissance : 3.100 grammes.

Nourrie au sein maternel pendant cinq mois, puis au biberon.

Depuis l'âge de huit mois, soupes de farine lactée et de crème de riz.

Coqueluche en mai 1920. Durée : six semaines.

Depuis ce moment, la mère constate que l'enfant ne

recouvre pas une santé parfaite : elle prend peu de poids et tousse souvent.

Le 19 novembre, la température monte à 40 degrés.

Elle se maintient le lendemain à 39°9, puis tombe le 21.

L'enfant est amenée à la crèche Saint-Ferdinand le 2 décembre.

Température à l'entrée : 37°9.

Poids : 7.300 grammes. L'enfant pleure continuellement. Elle paraît légèrement oppressée. Poids : 150.

Examen des poumons : la percussion montre une *matité très nette, immédiatement sous la clavicule gauche*, jusqu'à l'aisselle. La base donne une sonorité normale en avant; en arrière, par contre, elle semble un peu mate.

A l'auscultation du poumon gauche, on constate de l'obscurité respiratoire dans toute son étendue. Rien à signaler à droite.

Le 2 décembre on pratique une ponction à la base gauche. On retire 50 centimètres cubes d'un liquide séreux, avec une lymphocytose absolument pure.

Radioscopie : obscurité diffuse de tout le côté gauche (fig. 5).

Le 3 décembre, l'auscultation du poumon gauche montre de l'obscurité respiratoire diffuse, plus marquée cependant à la base en arrière. Pas de souffle, pas de râles.

En avant et à gauche, *matité très accentuée sous la clavicule*, sonorité au-dessous.

Du même côté, mais en arrière, *matité de la base*. Léger tympanisme du sommet.

Radioscopie : obscurité diffuse, mais moins opaque que celle vue le 2 décembre, avant la ponction.

Etat général assez bon.

Le 8, pas de changement.

Cutiréaction à la tuberculine positive.

On pratique le lendemain une nouvelle ponction qui ne donne que 5 centimètres cubes de liquide sérofibrineux. Bon état général. On fait une inoculation au cobaye. Le

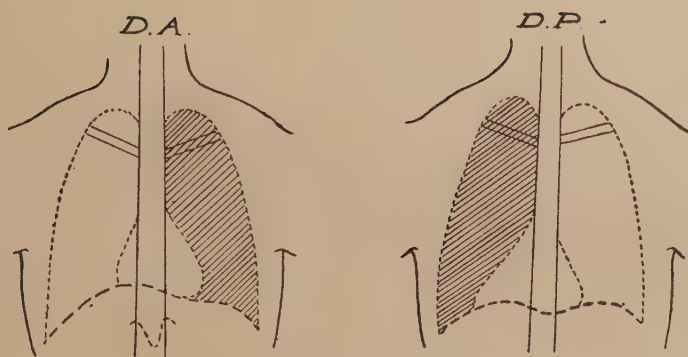


Fig. 5. — Radioscopie du 2 décembre 1920.
Obscurité diffuse du poumon gauche.

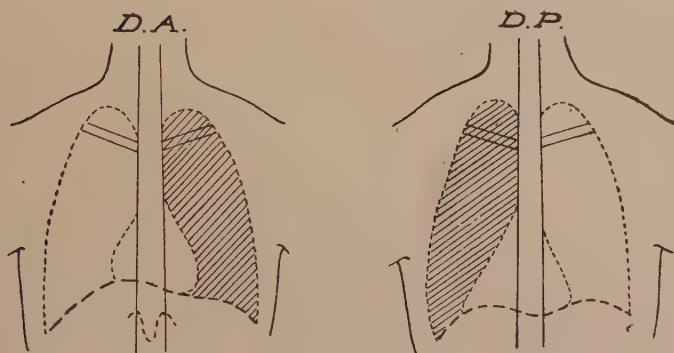


Fig. 6. — Radioscopie du 8 décembre 1920.
Légère diminution de l'obscurité.

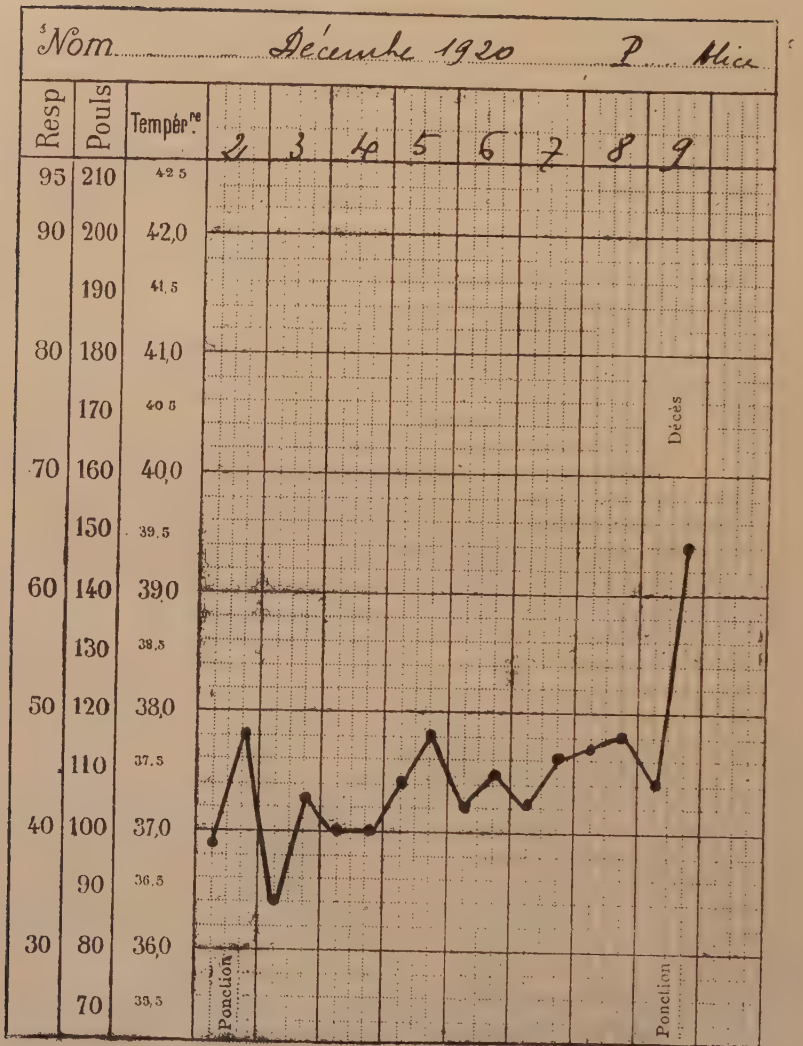


FIG. 7. — Observation II.

soir, la température, qui avait oscillé depuis l'entrée entre 37 et 38 degrés, monte à 39°4.

Brusquement, vers 23 heures, l'enfant devient pâle, se refroidit. Le pouls est très faible. La dyspnée s'installe et devient intense. Malgré l'huile camphrée et les essais de réchauffement, l'enfant meurt à 5 heures du matin.

AUTOPSIE. — L'autopsie, pratiquée par M. Dufourt, rend parfaitement compte : 1° de la nature tuberculeuse de la pleurésie ; 2° de la singularité des signes physiques constatés pendant la vie (matité sous claviculaire et de la base en arrière, à gauche) ; 3° des causes de la mort.

En effet, à l'ouverture du thorax, on tombe en avant, à gauche, sur une poche pleurale contenant deux cuillerées de liquide citrin. Cette cavité occupe la partie haute du médiastin antérieur, au-dessus de la base du cœur.

L'épanchement n'a pas refoulé sensiblement la trachée et le cœur ; par contre, elle a repoussé le poumon gauche dans la direction de l'aisselle.

La poche, vidée, garde sa forme, ce qui tient à la rigidité des parois, sur lesquelles on note des exsudats blanchâtres.

La plèvre médiastine pariétale est très épaissie, congestionnée et violacée même par places. Elle adhère au thymus, puis au pédicule trachéobronchique, aux vaisseaux de la base du cœur, du péricarde, dont on ne peut l'isoler qu'en la sculptant aux ciseaux. La poche médiastine occupe la loge antérieure du médiastin. Elle est limitée en arrière par le pédicule du hile gauche. Il s'ensuit que l'épanchement a refoulé le poumon en arrière. En avant, l'épanchement est naturellement venu se mettre en contact avec la région sous-claviculaire, ce qui explique la matité en cet endroit.

Plus bas, l'épanchement diminue de volume (la pointe du cœur était très peu refoulée). Il s'insinue entre le cœur et la base du poumon, gagnant la plèvre diaphragmatique.

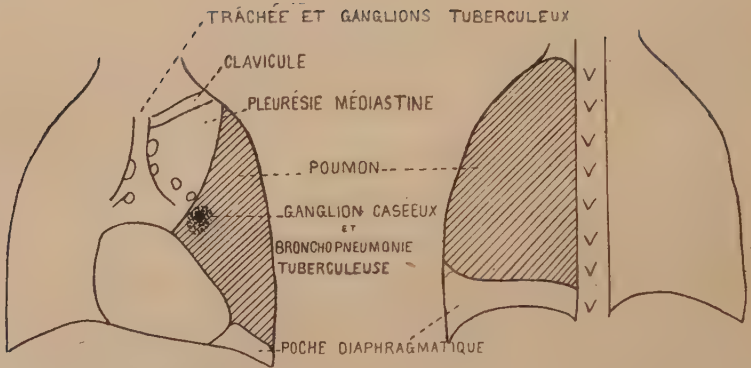


FIG. 8. — Vue de face.

FIG. 9. — Vue de dos.

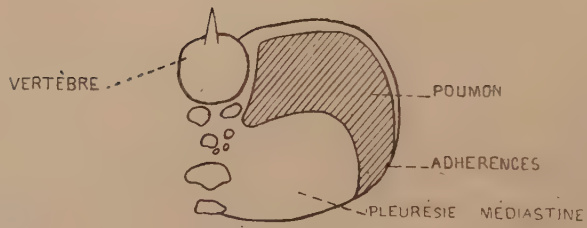


FIG. 10. — Coupe.

(Ces figures ont paru dans le *Journal de Médecine de Lyon*.)

Celle-ci est également enflammée, couverte d'exsudats sur ses deux faces. En arrière, au-dessus de l'épanchement diaphragmatique, il y a une zone d'adhérence qui monte sur la face externe du poumon jusqu'au fond de l'aisselle et de là au sommet. Elle délimite la zone de l'épanchement située en avant de la zone où le poumon et la plèvre saine ont gardé leurs rapports avec la paroi. Cette zone comprend uniquement le bord postérieur du poumon et une partie de la face externe jusqu'à la ligne axillaire moyenne.

On trouve, de plus, de gros ganglions, hypertrophiés, nettement tuberculeux, consistance de marron cru. Il y en a quatre ou cinq à droite et à gauche du hile, qui ont donné naissance à de la tuberculose pulmonaire. On constate, en effet, un foyer de bronchopneumonie tuberculeuse juxta-hilaire. On ne trouve pas trace de chancre d'inoculation.

Poumon droit très sain. Pas d'autre foyer tuberculeux. Thymus normal : 9 grammes. Pas de ganglions mésentériques.

La mort doit être rapportée à de la thrombose cardiaque, les cavités du cœur étant remplies de caillots blancs remontant dans les vaisseaux.

Autopsie du cobaye inoculé le 10 décembre. — Cette autopsie, pratiquée le 24 janvier 1921 (soit quarante-six jours après), montre de la tuberculose ganglionnaire de la région de l'aine, près du point inoculé, et des ganglions mésentériques. Leur pus contient de nombreux bacilles de Koch. Granulie splénique et pulmonaire.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Le *pneumocoque* et le *bacille de Koch* ont été les deux agents pathogènes responsables des cas de pleurésie médiastine antérieure haute qui nous occupent.

Dans le cas n° 1, les ponctions ont ramené un liquide d'abord séro-purulent, puis franchement purulent. La culture donna du pneumocoque.

Dans la seconde observation, le liquide retiré était séreux et montrait des lymphocytes au microscope. D'autre part, injecté au cobaye, il déterminait chez cet animal, au bout de six semaines, des lésions caractéristiques : tuberculose des ganglions de l'aîne, près du point d'inoculation, et des ganglions mésentériques. Nombreux bacilles dans le pus. Granulie splénique et pulmonaire.

Par quelles voies se sont faites ces deux infections ? Dans le cas n° 1, ce fut une infection à pneumocoques, avec, au début, une température élevée, irrégulière, à grandes oscillations et type inverse, puis à tracé presque en plateau, autour de 40 degrés.

Dans le second cas, la pleurésie a nettement fait

suite à l'infection bacillaire des ganglions trachéobronchiques, si fréquente en pathologie infantile. L'autopsie a, en effet, permis de constater l'existence de gros ganglions tuberculeux à droite et à gauche du hile et d'un foyer juxta-hilaire de bronchopneumonie tuberculeuse. « Le voisinage immédiat de la plèvre médiastine permet de supposer l'atteinte consécutive de la séreuse. » (Devic et Savy.)

Telles sont les causes de la pleurésie médiastine antérieure haute. Mais, bien entendu, il peut y en avoir d'autres, comme la péricardite, les ostéites, etc.

Peut-être des observations ultérieures viendront-elles le démontrer.

Pour nous résumer, il semble qu'il y ait peu de différence, au point de vue étiologique et pathogénique, entre la forme de pleurésie médiastine que nous décrivons et les autres.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions de la plèvre et des organes voisins ne diffèrent pas de celles observées dans les autres formes de pleurésie. Elles ont, cependant, une importance réelle pour l'explication de certains symptômes que nous étudierons dans un prochain chapitre. Aussi, croyons-nous devoir insister quelque peu sur cette question.

OBSERVATION I. — La *plèvre* est fortement épaissie, surtout dans sa partie supérieure.

Il existe des *lésions de voisinage* intéressantes. Le pus concrété occupe la face axillaire du poumon gauche, du sommet à la base, et détermine une pleurésie axillaire, coexistant avec la pleurésie médiastine. Il y a aussi un peu de pus à la base gauche, en arrière, où d'ailleurs les vibrations et la respiration sont restées normales (peut-être par suite de la trop petite quantité de liquide purulent?).

Le pus enveloppe et comprime la bronche, ce qui explique la toux rauque constatée du vivant de l'en-

fant; il tapisse également la trachée. Le sommet du poumon est de consistance ferme et présente une coloration gris-jaunâtre à la coupe. Un examen histologique ne montre cependant que de l'atélectasie, pas d'hépatisation.

L'ombre diffuse trouvée à la radioscopie s'explique par la compression exercée sur le poumon par l'épanchement situé sur sa face interne, d'une part, et par l'épaississement de sa face externe, d'autre part.

OBSERVATION II (voir fig. 8, 9 et 10). — Ici, on constate, après l'ouverture du thorax, l'existence d'une poche pleurale contenant un liquide citrin.

Cette cavité est située dans la partie haute du médiastin antérieur. Les parois sont très épaissies (la poche, vidée, garde sa forme) et sont tapissées d'exsudats blanchâtres.

La *plèvre médiastine* est de consistance épaisse; elle est congestionnée et même violacée par endroits.

On note l'existence d'adhérences avec le thymus, le pédicule trachéobronchique, les vaisseaux de la base du cœur, le péricarde.

Le poumon gauche est refoulé en dehors et en arrière. Par suite, l'épanchement est venu au contact de la région sous-claviculaire, ce qui explique la matité trouvée en cet endroit.

Le cœur et la trachée ne sont pas refoulés.

Le pus de la région médiastine, comme il arrive assez fréquemment, s'est propagé. S'insinuant entre le cœur et la base du poumon, il a gagné la *plèvre dia-*

phragmatique. Celle-ci est très enflammée et recouverte d'exsudats. La pleurésie diaphragmatique ainsi formée est de peu d'importance, si on la compare à la pleurésie médiastine. C'est cependant elle qui explique la matité perçue à la base, en arrière, et c'est elle qui fut ponctionnée.

Les deux épanchements, médiastinal et diaphragmatique, sont cloisonnés par une ligne d'adhérences. La grande plèvre pariétale est libre.

De plus, on trouve de gros ganglions tuberculeux (consistance de marron cru), au nombre de quatre ou cinq, qui, au niveau du hile gauche, sont directement en rapport avec le poumon. A cet endroit, ils ont donné naissance à de la tuberculose pulmonaire. Il y a un foyer de bronchopneumonie tuberculeuse juxta-hilaire. Pas trace de chancre d'inoculation.

La mort brusque de l'enfant s'explique par de la thrombose cardiaque. Des caillots blancs ont été constatés dans cet organe ; ils remontaient dans les vaisseaux.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

A. — SYMPTOMES FONCTIONNELS

Nous envisageons d'abord rapidement les symptômes fonctionnels. Comme pour toutes les pleurésies, on peut dire « qu'ils diffèrent naturellement suivant la cause et la nature de l'exsudat et les affections concomitantes¹ ».

a) DÉBUT. — Dans la première observation, on remarquera le début qui s'est manifesté par un syndrome douloureux. L'enfant poussait continuellement des cris et paraissait souffrir de la tête. Cette hyperesthésie, qui dura plus de quarante-huit heures, fit même penser à l'existence possible d'une méningite. Ce diagnostic fut cependant infirmé (absence de raideur de la nuque, liquide céphalo-rachidien normal).

Le début fut moins dramatique chez le second malade. L'affection semble avoir fait suite à une coqueluche. En réalité, le père de l'enfant étant tuberculeux, il faut penser à une contagion familiale.

¹ Weill, *Précis des Maladies des enfants*.

b) FIÈVRE. — La fièvre fut très marquée dans le premier cas, comme dans la plupart des pleurésies à pneumocoques. Elle passa par un stade de grandes oscillations, au début; puis le tracé ressembla à celui de la pneumonie : il était presque en plateau, oscillant autour de 40 degrés (voir fig. 4).

Dans le deuxième cas, la fièvre fut marquée par une élévation thermique de quarante-huit heures de durée, puis par un tracé oscillant aux environs de 37°5. Elle remonte, au moment de la mort, à 39°5 (voir fig. 7).

c) DYSPNÉE. — Elle fut assez intense dans le premier cas, à peu près nulle dans le second, sauf au moment du décès.

d) TOUX. — Elle revêtit un caractère de raucité dans l'observation I. L'autopsie permit de comprendre ce fait : le pus enveloppait la bronche gauche et déterminait ainsi une variété de toux de compression.

La toux fut, au contraire, peu accentuée dans le second cas.

Nous insisterons un peu plus sur les signes physiques.

B. — SIGNES PHYSIQUES

§ 1. INSPECTION. — Rien de particulier dans les observations.

§ 2. PALPATION. — Rien n'est signalé dans les observations.

§ 3. PERCUSSION. — La percussion a révélé dans les deux cas qui nous occupent une matité située très haut, tout à fait opposée, comme siège, à celle que l'on a coutume d'observer dans les autres formes de pleurésies.

Dans l'observation I, la matité a été perçue nettement *sous la clavicule* du côté gauche. La sonorité, par contre, était conservée à la base et dans toute la hauteur en arrière. La matité occupait également le même siège dans le second cas. La base était sonore, sauf en arrière, où l'on constatait une légère matité. On en aura l'explication si l'on veut bien se rappeler la coexistence d'une pleurésie diaphragmatique (voir chapitre IV, Anatomie pathologique).

Cette localisation sous-claviculaire de la matité sera, ainsi que nous le verrons dans un prochain chapitre, un des éléments essentiels du diagnostic de la pleurésie médiastine haute antérieure.

§ 4. — AUSCULTATION. — Le signe classique de la pleurésie, l'obscurité respiratoire, a été constaté dans les deux cas. Cette dernière occupait exactement le même siège que la matité. A noter, dans l'observation I, qu'elle existait non seulement sous la clavicule, mais dans toute la hauteur du poumon. Or, il y avait ici une pleurésie axillaire concomitante et d'autre part le poumon présentait, à l'autopsie, un sommet atélectasié. Environ cinq jours avant le décès, l'auscultation permit de constater l'existence de nombreux râles sous-crépitants et quelques râles plus gros, sous la clavicule.

Ce fait ne s'est pas produit dans le deuxième cas, où

seule l'obscurité respiratoire existait et persista, d'ailleurs, jusqu'à la fin. La coexistence de la pleurésie diaphragmatique explique l'obscurité trouvée à la base en arrière.

Dans les deux cas, il est à noter que l'on n'a, à aucun moment, perçu de souffle.

§ 5. RADIOSCOPIE. — Nous avons cru devoir annexer aux observations que nous publions quelques-uns des schémas radioscopiques ayant trait à nos deux malades. On peut être surpris, de prime abord : en effet, les résultats de la radioscopie ne concordent pas avec les données cliniques. On pouvait penser que la radioscopie donnerait l'image suivante : une ombre occupant la partie haute du médiastin antérieur, accolée à l'ombre cardiaque, du côté gauche.

Or, que remarquons-nous ? Une ombre diffuse, occupant tout le poumon gauche. Ce fait se retrouve dans les deux observations. Cette anomalie dans les signes radioscopiques peut frapper l'observateur ; mais il faut se rappeler la question des lésions associées. Au début de leur étude radioscopique des pleurésies médiastines¹, MM. Devic et Savy disent : « Un premier point est à retenir à propos de l'examen radioscopique, c'est la nécessité, pour faire un diagnostic, de ne pas avoir affaire à des cas complexes dans lesquels des lésions de pleurésie anciennes et étendues ont amené un obscurcissement total de la partie utile du champ radioscopique. » Or, les observations que nous rapportons ne

¹ In « Pleurésies médiastines » (*Revue de Médecine*, 1910).

sont pas des cas purs de pleurésie médiastine antérieure. Non seulement on y rencontre des lésions de propagation du processus inflammatoire de la plèvre (pleurésie axillaire de l'observation I et pleurésie diaphragmatique de l'observation II), mais aussi des lésions de voisinage associées (atélectasie pulmonaire dans un cas, lésions tuberculeuses des ganglions trachéobronchiques et bronchopneumonie caséuse dans le second cas).

Ces faits nous expliquent l'aspect presque uniformément grisâtre du poumon gauche chez nos malades.

On pourra nous objecter, dans l'observation I, qu'à un certain moment la partie juxta-hilaire du poumon s'est clarifiée, alors que le bord et le sommet restaient gris. Le professeur Weill explique ce phénomène de la façon suivante : par suite des ponctions effectuées, qui avaient ramené environ 140 centimètres cubes de pus, l'atélectasie pulmonaire a pu diminuer et donner ainsi l'image radioscopique de la figure 2. A noter que la radioscopie effectuée *post-mortem* (fig. 3) montre une obscurité diffuse, correspondant parfaitement à l'état atélectasique du poumon, qui s'était reformé et fut constaté à l'autopsie.

D'autre part, et c'est là un fait d'une grande importance, ainsi que nous allons bientôt le voir, le cœur n'était déplacé dans aucun des deux cas.

Ce dernier signe est le seul que la radioscopie ait donné d'une façon certaine, la multitude des lésions accompagnant la pleurésie médiastine ayant empêché la formation de l'ombre que l'on aurait été en droit de prévoir.

CHAPITRE VI

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'ÉVOLUTION fut d'assez longue durée dans le premier cas (un peu plus de trois semaines). Elle fut marquée par l'aggravation des symptômes généraux (dyspnée, etc.) et se termina par la mort. L'agonie dura deux jours et fut caractérisée par de la pâleur de la face et des secousses convulsives dans les membres inférieurs.

Dans le second cas, l'évolution semblait se faire vers la guérison, lorsque le huitième jour après le début de la maladie, l'enfant mourut. L'agonie dura six heures et fut marquée par une élévation de la température (qui, les jours précédents, oscillait autour de 37°5). En même temps, alors que les phénomènes généraux étaient restés peu accentués, l'enfant devint brusquement dyspnéique, se refroidit; son pouls était très faible. L'autopsie montra de la thrombose cardiaque, avec caillots blancs occupant les cavités de l'organe et remontant dans les vaisseaux.

LE PRONOSTIC est assez délicat à établir. Si nous voulions nous baser sur nos deux observations, nous

dirions qu'il est fatal. En réalité, nous ne pouvons pas l'affirmer, vu le trop petit nombre de cas observés.

Dans le premier cas, pleurésie à pneumocoques, il semble qu'on aurait eu lieu d'espérer une évolution meilleure que celle qui s'est produite. Il est classique de dire la bénignité habituelle des pleurésies à pneumocoques. En réalité, il est probable que, si le diagnostic avait pu être posé rapidement, une pleurotomie précoce aurait pu sauver le petit malade, bien que cette intervention ne compte pas un nombre considérable de succès chez le nourrisson.

On est surpris, en lisant la seconde observation, qu'après une évolution presque apyrétique et l'absence de symptômes généraux graves, la terminaison ait été fatale. Et il semble bien que la mort du petit malade n'a pas été caus e par la pleurésie médiastine qu'il avait, mais bien — ainsi que l'autopsie l'a montré —   de la thrombose cardiaque.

A résumer ce qui précède, il semble bien que le pronostic ait été plus sérieux dans la forme de pleurésie que nous décrivons que dans les autres.

Cependant, vu le manque de faits cliniques plus nombreux, il nous est impossible d'être absolument affirmatif sur ce point.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

a) **DIAGNOSTIC POSITIF.** — Le diagnostic positif se fera principalement par la percussion et l'auscultation. MM. Weill, Gardère et Dufourt le résument ainsi dans leur article du *Journal de Médecine de Lyon* :
« *Matité et obscurité respiratoire localisée franchement sous la clavicule, occupant les deux ou trois premiers espaces intercostaux, et s'étendant plus ou moins sous la ligne axillaire antérieure.*

« *Absence de souffle.*

« *Cœur non déplacé, à matité non accrue. Sonorité et respiration conservées à la base en avant, et en arrière dans toute la hauteur.* »

Cette description laisse naturellement de côté tous les signes accessoires ou appartenant à des lésions associées. Elle s'entend donc pour les cas de pleurésie médiastine haute antérieure pure.

En nous basant sur ce qui vient d'être dit, nous allons étudier maintenant le :

b) DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — 1^o *La pneumonie.* —

En parlant de la forme de pleurésie qui nous occupe, on a pu voir, au chapitre de la Symptomatologie, qu'elle présente, avec la pneumonie, quelques points communs. Aussi M. Weill propose d'appeler la pleurésie médiastine haute antérieure : *pleurésie à type pneumonie du sommet*, mais le *signe de Weill* (défaut d'expansion de la région sous-claviculaire du côté malade) n'a jamais été constaté dans nos observations. D'autre part, l'absence de souffle doit être notée : on ne l'a pas perçu. Ces deux signes, joints à l'observation critique de l'évolution de la maladie et de ses symptômes généraux, pourra différencier la pleurésie que nous étudions de la pneumonie.

Enfin, la radioscopie permettra encore de se faire une opinion, par la recherche du *triangle pneumonique* de Weill et Mouriquand.

A ce sujet, il est cependant bon de se rappeler l'existence des *pneumonies sans signes radioscopiques* (mais alors on trouve un foyer soufflant), et, réciproquement, des *pneumonies silencieuses* (mais qui donnent une image radioscopique caractéristique). Enfin, la ponction contribuera à lever les doutes.

2^o *La pleurésie médiastine à forme basse* (type Grancher-Vélimirovitch¹) diffère notablement de celle que nous décrivons. On ne les confondra pas, leurs symptômes étant différents, et parfois même opposés. En effet, Vauverts et Dancourt² disent au sujet des

¹ Ou pseudopéricardique.

² *Archives provinciales de Chirurgie*, 1904.

pleurésies médiastines antérieures : « A la percussion, on trouve une zone de matité en arrière du sternum et entre celui-ci et le sein droit ou gauche. Cette matité atteint parfois la ligne axillaire, sans jamais la dépasser. Elle remonte plus ou moins haut et *se trouve ordinairement limitée par une zone de sonorité tympanique sous-claviculaire.* » Puis, Devic et Savy¹ écrivent que, lorsque le médiastin antérieur est le siège de la pleurésie, « *c'est dans la région précordiale* que se perçoivent les frottements, la matité et l'obscurité. La confusion avec une péricardite sèche ou avec épanchement est souvent inévitable ». Que l'on veuille bien rapprocher ces descriptions de celle que nous avons mise en tête de ce chapitre, et l'on comprendra que nous n'insistions pas plus longuement sur la différence entre les symptômes de la pleurésie pseudopéricardique et celle que nous étudions.

3° *La péricardite.* — Nous sommes amené à parler de cette affection qu'il était classique de confondre avec la pleurésie médiastine antérieure type Grancher. Ici, elle ne fut jamais mise en cause lors de la discussion du diagnostic. Les traités classiques insistent avec raison sur les points communs existant entre la pleurésie pseudopéricardique et la péricardite. Nous nous attarderons beaucoup moins sur le diagnostic de cette dernière affection avec la forme haute.

En effet, le cœur des deux petits malades est resté intact. On n'a perçu ni affaiblissement des bruits cardiaques, ni déplacement de la pointe, ni augmentation

¹ *Revue de Médecine*, 1910.

de la matité cardiaque, signes habituels de la péricardite. Au contraire, le cœur s'entendait bien, occupait sa place habituelle et parut absolument normal à l'examen radioscopique.

4° *La splénopneumonie.* — La maladie de Grancher simule en général une pleurésie de la base. Mais on ne peut retirer aucun liquide par la ponction. D'autre par, le professeur Collet¹ dit, au sujet de cette affection : « Sous la clavicule, des phénomènes de suppléance amènent l'exagération simultanée des vibrations, du son et du murmure. » Ce qui est un tableau bien opposé à celui que nous avons décrit au début du présent chapitre.

5° *La tuberculose.* — On se basera sur les signes cliniques et l'évolution de la maladie. A la période des cavernes, à part l'absence de signes cavitaires dans les cas de pleurésie qui nous occupent, la radioscopie n'a pas montré les « anneaux sombres avec espace clair central » qui « sont caractéristiques des cavernes, surtout s'ils présentent un bord interne nettement linéaire ». (*In* Béclère.)

6° *L'hypertrophie du thymus* est une affection à laquelle il faut penser. L'auscultation ne fournira aucun signe. Par contre, on la recherchera par la percussion et surtout la radioscopie, qui donne de précieux renseignements, surtout si l'hypertrophie est assez accentuée. Béclère dit² : « L'ombre thymique, plongeant à la partie supérieure du thorax, est de

¹ *Précis des Maladies de l'Appareil respiratoire.*

² Béclère, *Radiologie*, in collection Sergent, 1920.

même opacité que l'ombre cardio-aortique et fait corps avec elle. » Hochsinger¹ prétend qu'en cas d'hypertrophie elle déborde celle de la colonne vertébrale des deux côtés.

7° *L'adénopathie trachéobronchique.* — On la distinguera de la pleurésie médiastine haute, antérieure par la recherche du signe de d'Espine, de Guéneau de Mussy. Il existe des phénomènes de compression, comme dans l'affection que nous étudions, ce qui peut rendre le diagnostic difficile. De toute façon, on pratiquera la cuti-réaction et on auscultera avec soin les poumons, car les lésions tuberculeuses associées sont fréquentes. La radioscopie montre les chaînes ganglionnaires sous forme « d'ombres mal délimitées, distinctes ou confluentes, à contours arrondis ou polycycliques, groupées en masses ou ramifiées dans la région du hile pulmonaire, tout au voisinage de l'ombre médiane. » (Béclère².) Cet auteur conseille, pour la recherche de l'adénopathie médiastine, de faire les examens en oblique.

8° *La médiastinite et les tumeurs du médiastin,* affections difficiles à diagnostiquer par elles-mêmes, pourront être confondues avec l'affection qui nous occupe. Pour la première de ces maladies, on fera le Wassermann ou la cuti-réaction, suivant que l'on soupçonne la syphilis ou la tuberculose comme causes. Les troubles de compression sont, en général, très

¹ Hochsinger, *Wien. Med. Wochenschr.*, 1903.

² Béclère, *les Rayons de Röntgen et le Diagnostic des Maladies internes*, 1904.

accentués. Les tumeurs apparaissent à la radioscopie sous forme de masses plus ou moins arrondies, à contours bien délimités.

9° L'*abcès froid* ne pourra guère tromper qu'à l'examen radiologique. Il donne une ombre très foncée, à contour régulier. Béchère conseille de faire varier l'incidence, en examinant le thorax. L'absence de signes physiques, les troubles fonctionnels en général peu marqués, l'évolution du processus, sont autant de signes qui permettront la différenciation.

10° On ne confondra pas l'affection qui nous occupe avec le *pneumothorax*, dont la symptomatologie est bien différente, presque opposée. L'image radioscopique, aidée des signes de percussion et d'auscultation, permettra un diagnostic différentiel aisé.

11° Nous ne ferons que signaler le *kyste hydatique du poumon*, affection rare, donnant à la radioscopie une ombre bien délimitée. La présence d'hydatides dans le liquide clair retiré par ponction affirmera le diagnostic.

12° Il existe encore une forme de pleurésie qu'il ne faut pas confondre avec celle que nous décrivons : la *pleurésie du sommet*. Celle-ci se forme dans le cul-de-sac supérieur de la plèvre (et non dans la partie haute du médiastin antérieur) et coiffe le poumon à la façon d'une calotte. Dans ce cas, le poumon est refoulé en bas, et non en dehors et en arrière (obs. II). La matité est, il est vrai, assez semblable dans les deux affections. Elle occupe la région sous-claviculaire. Il existe cependant un signe de différenciation assez net. Dans sa thèse, Faurous rapporte six observations concernant

des pleurésies enkystées du sommet chez des enfants. Toutes ont présenté, à l'auscultation, du souffle. Ce signe ne s'est jamais produit dans les observations que nous rapportons. D'autre part, la radioscopie donne, dans la pleurésie enkystée du sommet, des signes nets. La ponction pourra encore favoriser le diagnostic.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Le diagnostic étant posé, quel va être le traitement? Il varie suivant la nature de la pleurésie.

a) S'agit-il d'une pleurésie purulente? On essayera d'abord la *ponction*, qui pourra renseigner sur la présence du liquide et pourra même ultérieurement servir de guide pour une intervention chirurgicale. Il est incontestable qu'au point de vue curatif, elle a donné de bons résultats. Cependant si, après deux ou trois thoracentèses, le liquide se reproduit ou s'évacue difficilement, il faudra avoir recours à un autre moyen.

Dans la pleurésie purulente en général, ce moyen est la *pleurotomie*. Que penser de cette intervention au point de vue du traitement de la forme de pleurésie que nous décrivons?

Et d'abord, a-t-elle déjà été pratiquée dans la région haute du médiastin antérieur? Oui, s'il faut en croire MM. Hallé et Armand-Delille, qui disent avoir « vu des médecins faire avec succès des empyèmes antérieurs dans la fosse sous-claviculaire sur la ligne axillaire antérieure ou la ligne mamelonnaire ».

Mais ces auteurs ne fournissent aucune autre précision sur ce sujet. Et, d'autre part, nous n'avons pas trouvé, dans la littérature, d'observations susceptibles de confirmer l'opinion ci-dessus.

A vrai dire, la situation haute de l'épanchement ne semble pas devoir fournir de contre-indications à l'opération. Les premiers espaces intercostaux sont en effet larges et permettent très bien l'intervention.

Donc, nous croyons qu'un chirurgien peut, *théoriquement*, pratiquer une pleurotomie dans un cas de pleurésie médiastine haute antérieure. Il jugera s'il la fera simple ou avec résection costale et s'inspirera des règles générales formulées par Vauverts et Dancourt ¹.

A remarquer que les résultats de l'empyème chez le nourrisson sont souvent « désastreux », pour employer l'expression de MM. Hallé et Armand-Delille. Mais ces auteurs ajoutent : « ...pour se faire une idée précise de ses conséquences, *il faudrait évidemment défalquer tous les cas où l'empyème a été fait trop tardivement* ».

On voit par là l'intérêt d'un diagnostic précoce.

D'ailleurs, on peut avoir recours encore à un autre procédé thérapeutique.

MM. Nobécourt et Paraf ont, en effet, traité des pleurésies purulentes des nourrissons par le *sérum antipneumococcique* (de l'Institut Pasteur). Ce sérum, qui est antimicrobien, est injecté directement dans la plèvre. « La technique est des plus simples », disent les auteurs, « et consiste à remplacer le liquide évacué par du sérum antipneumococcique ». Ces injections

¹ In *Archives provinciales de Chirurgie*, 1904.

sont, en général, bien supportées. Chez un de nos malades (obs. I), ce traitement n'a pas donné de résultat. Mais MM. Nobécourt et Paraf ont obtenu des succès incontestables. Ils recommandent, d'ailleurs, de faire ce traitement le plus tôt possible.

b) S'agit-il d'une pleurésie séro-fibrineuse? On mettra le petit malade au lit. On relèvera l'état général. La thoracentèse sera pratiquée si l'épanchement devient volumineux ou se résorbe trop lentement.

Nous ne croyons pas devoir insister sur le traitement symptomatique, qui sera dicté par les circonstances et ne différera pas de celui employé dans les pleurésies ordinaires.

CONCLUSIONS

L'étude que nous venons de faire de la forme haute de la pleurésie médiastine antérieure ne repose que sur deux observations. Il nous est donc impossible de formuler des conclusions définitives sur différents points.

Nous relevons cependant les faits suivants :

I. — La forme haute de la pleurésie médiastine antérieure est une affection assez rarement diagnostiquée, dont l'étiologie et la pathogénie ne diffèrent pas de celles des pleurésies en général.

II. — Il en est de même en ce qui concerne l'anatomie pathologique, réserve faite de la situation spéciale qu'occupe l'épanchement.

III. — La symptomatologie — dégagée des signes appartenant à des lésions associées — peut être résumée ainsi :

Matité localisée sous la clavicule, occupant les deux ou trois premiers espaces intercostaux. Elle s'étend plus ou moins sous la ligne axillaire antérieure.

Obscurité respiratoire occupant un siège identique.
Absence de souffle.

Respiration normale à la base, en avant, et sur toute la hauteur du poumon en arrière.

Pas de déplacement du cœur:

IV. — Le pronostic ne peut être établi de façon certaine, vu le trop petit nombre d'observations.

V. — Le traitement, dans la forme purulente, consiste, théoriquement, dans la pleurotomie, avec ou sans résection costale. La ponction et le traitement par les injections intrapleurales de sérum antipneumococcique seront également employés.

L'hygiène générale, le repos, et, en cas de gros épanchement, la thoracentèse, seront prescrits dans la forme séro-fibrineuse.

Vu :
LE DOYEN,
J. LÉPINE

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
WEILL

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 18 novembre 1921.
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

- ARDOUIN, Contribution à l'étude des Pleurésies médiastines (*Année médicale de Caen*, 1902).
- BÉCLÈRE, *les Rayons Röntgen et le Diagnostic des Maladies internes*, 1904.
- Radiologie et Radiumthérapie (in *Collection Sergent*, 1920).
- BOUVERET, *Traité de l'Empyème*, 1888.
- CHAUFFARD, les Pleurésies séreuses médiastines (*Presse médicale*, 1902).
- COLLET, *Précis des Maladies de l'Appareil respiratoire*, 1914.
- *Précis de Pathologie interne*, 1914.
- COMBY, *Traité des Maladies de l'enfance*, 1920.
- DETOT, les Pleurésies partielles (*Gazette des Hôpitaux*, 1904).
- DEVIC et SAVY, les Pleurésies médiastines (*Revue de Médecine*, 1910).
- DIEULAFOY, *Manuel de Pathologie interne* (Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1898-1899).
- DUPLANT, les Pleurésies enkystées (*Province médicale*, 1898).
- FAUROUS, *Contribution à l'étude de la Pleurésie enkystée du sommet* (thèse de Paris, 1911).
- FERNET, Deux Cas de Pleurésies médiastines (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1909).
- GRANCHER, De la Pleurésie médiastine (*Bulletin médical*, 1902).
- J. HALLÉ et P. ARMAND.
- DELILLE, Art. Pleurésie, in *Pratique des Maladies des enfants*, t. IV.
- HOCHSINGER, *Wien. Med. Wochenschr.*, 1904.

- MOLLARD et REBATTU, Un Cas de Pleurésie médiastine totale (*Lyon médical*, 1909).
- NOBÉCOURT et PARAF, Etude clinique et thérapeutique sur les Pneumococcies des nourrissons (*Presse médicale*, 1920).
- PAILLARD, les Pleurésies enkystées (*Gazette des Hôpitaux*, 1911).
- REBATTU, la Pleurésie médiastine purulente. Empyème du médiastin (*Gazette des Hôpitaux*, 1911).
- SAVY, *Précis de Pratique médicale* (1920).
- VANVERTS et DANCOURT, Des Pleurésies purulentes enkystées (*Archives provinciales de Chirurgie*, 1904).
- VÉLIMIROVITCH, *Etude sur la Pleurésie médiastine, en particulier chez l'enfant* (thèse de Paris, 1892).
- WEILL, *Précis de Médecine infantile*, 1913.
- WEILL, GARDÈRE et DUFOUT, la Forme haute de la Pleurésie médiastine antérieure (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 juillet 1921).
-

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER. — Historique	9
CHAPITRE II. — Observations.	12
CHAPITRE III. — Etiologie et pathogénie	24
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique	26
CHAPITRE V. — Symptomatologie	29
A. Symptomes fonctionnels	29
B. Signes physiques	30
CHAPITRE VI. — Evolution et pronostic	34
CHAPITRE VII. — Diagnostic	36
CHAPITRE VIII. — Traitement	43
CONCLUSIONS.	47
BIBLIOGRAPHIE	49

